

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

585

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 juillet 1898, à 9 heures

PAR

CHARLES BELLET

Né à Goderville (Seine-Inférieure), le 8 octobre 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHANCRE SYPHILITIQUE DE L'URETHRE

(Chancre du méat — chancre intra-urétral)

— ❀ —

Président : M. DEBOVE.

Juges : MM. { HUMBERT, professeur.
 { THOINOT, ACHARD, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie **P. DELMAR**, 29, rue des Boulangers.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o 585

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 juillet 1898, à 9 heures

PAR

CHARLES BELLET

Né à Goderville (Seine-Inférieure), le 8 octobre 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CHANCRE SYPHILITIQUE DE L'URETHRE

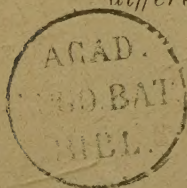
(Chancre du méat — chancre intra-urétral)



Président : M. DEBOVE.

Juges : MM. { HUMBERT, professeur.
 { THOINOT, ACHARD, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

Imprimerie **P. DELMAR**, 29, rue des Boulangers.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et sy- philitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des malad. des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement	RAYMOND.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
	BERGER.
	GUYON.
	PANAS.
	BUDIN.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. N....

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des travaux anatomiques	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	REITTERER	WALTHER
CHARRIN.	HEIM	RÉNY	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RICARD	WIDAL
DELBET.	LETULLE	ROGER	WÜRTZ
	MARFAN		

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de médecine.
Professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Beaujon,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

En 1767, Hunter crut apporter par une expérience faite sur lui-même un témoignage irréfutable en faveur de la théorie uniciste des maladies vénériennes. Nous voulons parler ici de l'unicisme, tel qu'il existait au siècle dernier, c'est-à-dire de l'identité d'origine de toutes les maladies vénériennes qui faisait confondre, pour choisir un exemple, le sarcocèle syphilitique avec l'orchite de la blennorrhagie, et non pas de l'unicisme des deux chancres induré et mou, qui régnait encore au commencement de ce siècle et qui a été battu en brèche par Bassereau.

S'étant inoculé sur la verge, du pus pris à un urèthre blennorrhagique, Hunter vit se développer en ce point un chancre syphilitique typique. Voici dans quels termes il rapporte lui-même cette expérience qui devait jusqu'aux travaux de Ricord et de ses élèves, servir pour ainsi dire de fondement à la théorie de l'unicisme.

Deux piqûres furent faites, l'une sur le gland, l'autre

sur le prépuce avec une lancette chargée de pus vénérien provenant d'une gonorrhée.

Cette opération fut pratiquée le vendredi, et le dimanche, ces parties étaient le siège d'un violent prurit qui dura jusqu'au mardi suivant. En même temps, ces parties étaient examinées fort souvent, elles parurent offrir plus de rougeur et d'humidité qu'à l'ordinaire, ce que l'on attribua au frottement auquel elles étaient soumises. Le mardi matin, la partie du prépuce où la piqûre avait été faite était rouge, épaissie, et offrait une petite tache. Le mardi suivant, la tache avait gagné en étendue et sécrétait un peu de pus. Il y avait un peu d'engorgement aux lèvres du méat urinaire, et une légère douleur y était perçue au moment du passage de l'urine, de sorte qu'on s'attendait à voir survenir un écoulement urétral; la tache fut alors touchée au nitrate d'argent et passée ensuite avec l'onguent au calomel. Le samedi matin l'escarre tomba; une nouvelle cautérisation fut faite, et une autre escarre se sépara le lundi suivant. Dans la nuit précédente, le gland avait été le siège d'un prurit intense, et le mardi une petite tache blanche fut remarquée dans l'endroit où la piqûre avait été faite. Cette tache ayant été examinée avec attention, on reconnut qu'elle était constituée par une petite vésicule remplie d'une matière jaunâtre. Cette tache fut touchée avec le caustique et pansée comme l'autre. Le mercredi, l'ulcère du prépuce était jaune, c'est pourquoi on le toucha de nouveau avec le caustique. Le vendredi, les deux escarres se séparèrent; l'ulcère du prépuce était rouge et

sa base était moins dure ; mais, le samedi, son aspect était moins favorable ; il fut cautérisé de nouveau, et quand l'escarre produite par cette dernière cautérisation fut tombée, on la laissa se cicatriser, ainsi que l'autre, qui laissa après lui une dépression sur le gland. Cette dépression du gland se combla en quelques mois ; mais il resta dans ce point pendant un temps considérable une teinte bleuâtre.

Quatre mois après, le chancre du prépuce se rouvrit et l'on essaya des applications très stimulantes ; mais ces topiques ne parurent pas agir favorablement, et toute application ayant été cessée, il se cicatrisa. Il se rouvrit plusieurs fois dans la suite, mais toujours il se cicatrisa sans aucune application. Celui du gland ne se reproduisit jamais, et ce fut en cela seulement qu'il différa du premier.

Pendant que les ulcères existaient sur le prépuce et sur le gland, une des glandes de l'aîne droite se tuméfia.

Deux mois environ après le bubon, une petite douleur lancinante et aiguë se fit ressentir dans l'une des amygdales pendant la déglutition ; l'inspection des parties fit reconnaître la présence d'un petit ulcère qu'on laissa marcher jusqu'à ce que sa nature vénérienne eût été constatée, et alors on eut recours au mercure.

Environ trois mois après cette époque, il se forma sur la peau des pustules de couleur cuivrée, et l'ulcère de l'amygdale se reproduisit ».

On se trouvait donc bien là en présence d'accidents syphilitiques.

Comment Hunter avec du pus blennorrhagique a-t-il pu s'inoculer la syphilis? Seule, l'hypothèse d'un chancre intra-urétral permet de l'expliquer. Peut-être le malade était-il atteint à la fois d'un chancre syphilitique urétral et d'une blennorrhagie. Le cas n'est pas rare dans la pratique et dans le cours de ce travail, nous aurons l'occasion d'en apporter une observation recueillie à l'hôpital Ricord. N'est-il pas plus sage cependant de penser que Hunter s'était malheureusement trouvé en présence d'un malade porteur simplement d'un chancre syphilitique intra-urétral? L'erreur s'explique aisément. Blennorrhagie et chancre urétral sont deux affections qui se ressemblent par plus d'un côté. Leur diagnostic différentiel peut présenter pour tout autre que pour un spécialiste de très grandes difficultés et c'est pénétré de cette idée que nous avons entrepris ce travail.

Après un cours historique, nous aborderons successivement l'étiologie, la description, le diagnostic, le pronostic et le traitement du chancre syphilitique de l'urèthre et nous nous efforcerons d'en tirer quelques conclusions utiles.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, il est un devoir, que nous tenons à remplir, celui d'adres-

ser nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux. Nous prions en particulier MM. Campenon, Chauffard, Cuffer, Pinard Oulmont et Thiéry de vouloir bien accepter l'hommage de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée et pour les bons et utiles préceptes de clinique qu'ils nous ont donnés dans leur service.

Qu'il nous soit également permis de saluer la mémoire du regretté docteur Feulard, qui nous initia en quelque sorte en notre sujet dans ses cours de Vénérologie, à la prison St-Lazare. Nous devons aussi nos meilleurs remerciements à MM. Pelisse, Bisch et Kendirdjy, internes de l'hôpital Ricord, pour nous avoir aidé de leurs conseils aussi amicaux que bienveillants.

Enfin, nous prions M. le professeur, M. Debove, d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en daignant accepter la présidence de notre thèse.



HISTORIQUE

C'est en 1793, que Benjamin Bell sépare absolument la syphilis et la blennorrhagie, et si la confusion persiste encore dans les écrits de Swediaur, les écrits d'Astruc (Leçons sur les maladies vénériennes), les inoculations de Hernandez et de Ricord ne laissent plus la moindre place au doute.

Voyons ce que nous dit Ricord lui-même dans ses lettres sur la syphilis (1851).

« Lorsque la blennorrhagie a été le point de départ de la syphilis constitutionnelle, n'y a-t-il pas autre chose que ce que l'on étudie dans la blennorrhagie proprement dite? L'expérimentation a prouvé, et l'anatomie pathologique est venue à son aide, que l'urèthre et les points profonds et cachés des autres muqueuses génitales pouvaient être le siège du chancre, source obligée des accidents syphilitiques.

C'est pour n'avoir pas connu le chancre larvé, que la doctrine de Balfour, de Todt, de Bell, et

que le grand échafaudage bâti sur les expériences d'Hernandez ont failli crouler.

Done, l'inoculation d'abord et l'anatomie pathologie ensuite ont prouvé d'une manière incontestable l'existence de chancres uréthraux. Le chancre larvé n'est donc pas une hypothèse, mais un fait constaté aussi sévèrement qu'aucun autre fait médical ».

Il va de soi que l'historique de la question ne peut être distingué de celui de la syphilis. Nous pouvons, nous devons faire table rase de tous les travaux parus antérieurement au livre de Bassereau (1), qui établit (1852), sur des bases solides la doctrine de la dualité des chancres, doctrine entrevue l'année précédente (1851), par Ricord.

C'est à Astruc (2) qu'on doit les premières notions sur le chancre uréthral. Ricord décline dans ses Lettres la priorité qu'on lui attribuait à ce sujet.

Astruc connaissait le chancre de l'urèthre et en faisait même le diagnostic différentiel avec l'écoulement de la chaudepisse. Depuis lors, tous les syphiligraphes se sont plus ou moins occupés

(1) Bassereau. Tr. des affections de la Peau, symptomatique de la syphilis. Paris, 1852.

(2) Astruc. Tome III, p. 361.

du chancre de l'urèthre. Mais à part la Revue Générale de Faitout (1), il ne nous semble pas qu'il ait été fait un travail d'ensemble sur ce sujet.

(1) Faitout. La Syphilis de l'urèthre. *Gazette des Hôp.*, 1897. n° 107.



ÉTIOLOGIE

FRÉQUENCE. — Le chancre de l'urèthre n'est point une rareté pathologique ainsi que d'aucuns l'ont voulu dire. Il est connu de tous ; il suffit d'avoir assisté à quelques consultations des hôpitaux spéciaux pour en avoir observé plusieurs exemples. C'est le plus fréquent des chancres « larvés », désignation qui autrefois englobait tous les chancres, qu'ils fussent mous ou indurés, dont le siège était inaccessible à la vue, sans manœuvres spéciales (urèthre, col de l'utérus, amygdale, etc.).

Cependant, il faut distinguer les chancres du méat, beaucoup plus communs, des chancres siégeant dans les parties du canal postérieures à l'orifice uréthral.

Dans la statistique de Bassereau, sur 361 chancres indurés, suivis d'éruptions secondaires, on en trouve 14 situés dans le canal et il est spécifié que tous ces chancres occupaient le méat.

Dans celle de Clerc, portant sur 404 chancres

indurés, il n'y a également que des chancres du méat, au nombre de 33.

M. Fournier, au contraire, sur 414 chancres indurés, en a noté 32 occupant le méat et 17 situés dans le canal à une profondeur telle qu'ils ne pouvaient pas être aperçus par l'écartement des lèvres du méat.

Rollet, dans son magistral article du dictionnaire de Dechambre, dit que son expérience concorde plutôt avec celle des deux premiers observateurs qu'avec celle de M. Fournier.

Sur une statistique comprenant 1773 accidents primitifs réunis par Julien, cet auteur en a rencontré 89 siégeant au méat, 17 dans les parties plus profondes du canal.

Chez la femme, le chancre uréthral est fort rare : sur 612 femmes ayant des chancres, Lewin, à la Charité de Berlin, n'a rencontré que 6 chancres de l'urèthre.

Cette division en chancre du méat et chancres du canal proprement dits, nous amène à indiquer d'une façon plus précise leur situation.

SIÈGE. — Le chancre syphilitique de l'urèthre siége presque toujours vers sa portion antérieure, très près du méat, dans la fosse naviculaire. Certains cliniciens, parmi lesquels Mauriac, déclarent n'avoir jamais vu de chancre syphilitique

plus profondément situé que la fosse naviculaire ou la portion balanique du gland.

Ricord figure, dans son Iconographie, des lésions qu'il décrit comme des accidents primitifs, mais il n'est pas prouvé que ces lésions n'aient pas ressorti bien plutôt à la tuberculose qu'à la syphilis.

Voillemier parle aussi d'un chancre de la vessie, fort contestable également.

Mais il existe des exemples plus authentiques d'ulcérations primitives profondes.

Du Castel (Affections ulcéreuses des organes génitaux de l'homme), a vu un chancre à 2 centimètres en arrière de la fosse naviculaire.

Gebert parle d'un chancre siégeant à 3 centimètres en arrière de la couronne du gland.

Fleury, Albarran en ont observé qui n'étaient pas situés à moins de 4 centimètres du méat.

Berkelen Hill en a vu un à 7 centimètres et demi du méat. « Mais, dit M. Fournier, les faits de cet ordre exigent confirmation ».

PATHOGÉNIE. — Cette rareté du chancre urétral profond n'a guère besoin d'explication ; l'hypothèse du vide produit dans le canal immédiatement après l'éjaculation n'est plus guère admissible ; s'il était prouvé que cette aspiration a lieu réellement, ce serait une explication qui convien-

draît à presque tous les cas ; mais il n'en est pas ainsi. Les ulcérations primitives peuvent se développer profondément dans deux circonstances principales.

Ou bien le malade est porteur d'une lésion spécifique du méat, qui, affectant une marche serpentineuse, se propage le long du canal, comme elle le ferait dans une autre région ; il s'agit alors d'un envahissement par continuité.

Ou bien c'est un instrument souillé, une sonde ayant servi à un syphilitique, qui apporte le virus au fond du canal : infection par contagion primitive, pourrait-on dire.

Dans d'autres cas, c'est un malade présentant un écoulement dû à l'existence d'un chancre du méat ou de la portion balanique qui se cathétérise ou se fait cathétériser et recrée ainsi une nouvelle ulcération de même nature que la première.

Une des causes que nous avons observée chez plusieurs de nos malades et que nous signalons dans nos observations, qui semble prédisposer au chancre intra-urétral, c'est le phimosis :

Le gland, fortement protégé par un phimosis serré qui le coiffe, reste indemne, laissant le méat et la muqueuse pour ainsi dire seuls en contact avec le virus spécifique.

Les lésions antérieures de la blennorrhagie n'interviendraient-elles pas comme causes prédisposantes en créant un locus minoris resistentiæ.

tiae ? Les statistiques sont muettes à cet égard, mais cette hypothèse n'a rien en elle-même qui puisse la faire rejeter à priori, d'autant que dans une des observations que nous rapporterons, c'est un urèthre chroniquement enflammé depuis trois ans qui contracta la syphilis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

M. Fournier a publié en 1856 une observation de chancre endo-urétral suivi de nécropsie. Nous rapportons plus loin cette observation.

Voici ce qu'il a constaté comme des lésions anatomiques :

L'urèthre ouvert par une incision faite sur la face inférieure de la verge est sain dans toute son étendue, sauf au niveau de la fosse naviculaire, où on constate les lésions suivantes :

Au côté droit, très légère ulcération, superficielle, de la largeur d'une demi-lentille, à fond rouge et lisse. Induration à peine appréciable.

Du côté gauche, ulcération de la largeur d'une pièce de vingt centimes au moins, se prolongeant dans le sillon inférieur de l'urèthre et sur le méat; cette ulcération est très nettement circonscrite; ses bords sont légèrement à pic, et son contour arrondi, quoique un peu irrégulier; son fond est sur quelques points pseudo-membraneux, inégal et grisâtre, sur d'autres au contraire égal, rosé et comme verni; on voit qu'à ce niveau le travail de séparation commençait à s'établir.

L'ulcération est encore assez creuse, un demi-millimètre de profondeur en moyenne.

La base des tissus ulcérés offre un type d'induration parcheminée.

Quant au chancre du méat, il est quelquefois situé circulairement autour de l'orifice urétral où il forme un anneau marginal qui s'enfonce plus ou moins vers la fosse naviculaire.

D'autres fois, il occupe seulement une des lèvres du méat ou un de ses angles, empiétant plus ou moins sur la surface du gland ou sur le filet.

Les lésions histologiques du chancre, du méat et de l'urèthre n'ont rien qui les distingue de celles de tout chancre syphilitique.

Aussi leur étude ne saurait-elle trouver place dans ce travail et nous renvoyons pour cela au beau livre du professeur A. Fournier.



SYMPTOMES

La distinction entre le chancre du méat et le chancre de l'urèthre s'impose ici, car dans le premier cas, la lésion facilement reconnaissable à la vue inquiétera le malade et l'amènera à consulter. Dans le second cas au contraire, l'affection ne se traduisant que par un symptôme, l'écoulement, le malade l'attribuera à une uréthrite banale et ne viendra consulter qu'au bout d'un certain temps.

I. CHANCRE DU MÉAT. — Le chancre du méat a été étudié dans un travail récent de Vincenzo Casoli (1). Il lui assigne une proportion de 7 p. 100 dans la statistique du chancre induré. Il en dis-

(1) V. Casoli. — Il sifiloma del meato dell' uretra maschile e le sue conseguenze tardive per le stenosi del medesimo.

Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle, fasc. III.

tingue plusieurs variétés que nous résumerons d'après lui :

1° Forme de nodosité en relief, aspect d'un petit pois saillant au-dessus du niveau du gland, d'une dureté cartilagineuse, la pression ne détermine aucune douleur et la coloration n'est pas différente de la muqueuse voisine, tous caractères qui font que cette variété passe facilement inaperçue.

2° Forme de cercle autour du méat: petit cercle rose ourlant pour ainsi dire le méat, et laissant saillir l'urèthre comme un bec sur le niveau de la surface du gland.

3° Chancre d'un des côtés du méat, sous forme d'un nodule saillant sur l'une des lèvres.

4° Induration diffusée de tout le méat, forme rare.

5° Dans une cinquième forme, le chancre s'étend à la fosse naviculaire.

Parmi les symptômes du chancre du méat, Hutchinson insiste sur l'induration qui, dit-il, entoure ordinairement le méat comme un anneau; mais elle peut ne donner qu'une légère résistance parcheminée sur les lèvres du méat.

M. Fournier lui attribue une double particularité.

« D'une part, il est doublé d'une forte induration; d'autre part, il est rebelle, persistant, il

ne se sépare et ne se cicatrise qu'avec une lenteur insolite, irrité et entretenu qu'il est par le passage de l'urine à sa surface. Lorsqu'il siège exactement sur le méat en se prolongeant ou non dans l'urèthre, l'orifice du canal se présente boursoufflé, rouge, béant, saignant à la pression ».

Sa surface est le plus souvent irrégulière, tomenteuse, rappelant plus ou moins celle du chancre simple, en raison de son état pultacé.

Il en est qui entraînent une déformation du méat, marquée par la rétraction d'une des lèvres correspondant au côté où siège le chancre.

Tels sont les principaux symptômes que présente le chancre du méat; nous verrons en étudiant la marche quels sont les accidents et complications auxquelles il peut donner lieu.

II. CHANCRE DE L'URÈTHRE *proprement dit.* —

La date d'apparition de ce chancre est la même que pour les autres chancres syphilitiques, c'est-à-dire qu'il se montre environ de 4 à 6 semaines après le rapport contaminant.

Le plus souvent les malades atteints de chancre intra-urétral viennent à la consultation, parce qu'ils se sont aperçus d'un écoulement et ils croient être atteints de blennorrhagie.

L'écoulement, tel est donc le premier symptôme

qui attire l'attention du malade. Est-il possible, d'après les caractères de cet écoulement, de voir qu'on ne se trouve pas en présence d'une blennorrhagie ordinaire et qu'il doit exister autre chose. Tout d'abord si l'on regarde attentivement la chemise de ces malades, on voit qu'elle est parsemée de petites taches présentant une coloration jaune-verdâtre au centre et roussâtre à la périphérie. Ce ne sont pas ces immenses taches verdâtres que l'on rencontre chez les malades atteints de blennorrhagie.

L'écoulement, dans le cas de chancre, est en effet bien moins abondant; c'est un liquide séro-sanieux, roussâtre, empesant fortement le linge; il devient aussitôt sanguinolent lorsqu'on exerce une pression sur l'urèthre; cet écoulement de sang peut être quelquefois assez abondant comme nous l'avons observé dans un cas et donner naissance à une véritable uréthrorrhagie.

L'examen bactériologique du pus ne révèle pas la présence de gonocoques.

Enfin si l'on interroge le malade, on apprend que cet écoulement s'est montré très longtemps après le coït; il a eu une période d'incubation tout à fait insolite; parfois on peut constater la présence d'ulcérations du méat et du gland qui mettent sur la voie du diagnostic.

Le chancre syphilitique de l'urèthre n'est pas une affection douloureuse (Du Castel); il n'est

pas comparable à ce point de vue au chancre simple du canal ; cependant, il est souvent le siège d'éclancements plus ou moins vifs au moment de la miction ; parfois, le malade accuse une douleur assez localisée sur un point du canal, le plus souvent vers l'extrémité de la verge et ne dépassant pas la fosse naviculaire. Pendant l'érection, cette douleur s'accroît.

Aux symptômes locaux qui permettent de soupçonner l'existence d'un chancre, il faut ajouter l'induration qui peut être considérée comme la signature du chancre.

Cette induration n'est pas toujours facile à constater ; on peut quelquefois en écartant les 2 lèvres du méat apercevoir une lésion circonscrite, érosive, d'une couleur rouge chair musculaire. Si on ne voit rien, loin d'avoir recours à l'endoscope, qui est un moyen difficile, compliqué et dangereux à cause de la propagation du pus et de son inoculation possible sur d'autres points, on devra, ainsi que le conseille Horteloup, mettre la lésion en évidence au moyen d'un petit spéculum à valves allongées.

Si l'on n'y parvient pas, on s'abstiendra de toute exploration ultérieure, et c'est à la palpation du canal qu'il faudra recourir pour asseoir le diagnostic.

Pour le palper du canal, M. Fournier nous indique très nettement dans son traité de la syphi-

lis comment il doit être pratiqué. On ne sent pas, sauf exceptions rares, l'induration, lorsqu'on explore le canal transversalement, c'est-à-dire en pressant la verge d'un côté à l'autre. Elle n'est perceptible que par un palper du gland exercé d'avant en arrière. Pourquoi? Tout simplement parce que le chancre est situé de champ dans l'urèthre, à savoir suivant un plan antéro-postérieur; conséquemment, lamelleuse de forme, son induration n'est accessible que dans le même sens, c'est-à-dire verticalement, alors que la verge, pour la facilité de l'exploration, est placée dans une direction horizontale.

Lorsqu'on explore ainsi le trajet du canal, on a la sensation d'un point résistant, d'une masse noueuse d'un noyau plus ou moins dur, plus ou moins sphérique, d'une dureté cartilagineuse ou ligneuse de volume variable.

Elle peut occuper toute la portion pénienne du canal, comme dans un fait observé par Ledermann (compte-rendu de la Société de Dermatologie de Berlin, juin 1895): après des symptômes de blennorrhagie qui durèrent deux mois environ, l'urèthre fut changé jusqu'à sa racine en une masse dure prolongée en une infiltration massive qui gagna le bulbe, en même temps que se montrèrent des tuméfactions ganglionnaires, la roséole.

L'infiltration est parfois très lente à se mon-

trer. Gailleton, cité par Jullien, cite l'histoire d'un malade qui ne vit son chancre s'indurer qu'au trentième jour de l'ulcération, alors que la cicatrisation était sur le point de se produire.

Lewin (Société de Dermatologie de Berlin, séance du 5 décembre 1893) remarque même que la dureté spécifique peut manquer.

Au contraire, il arrive encore que l'urèthre soit transformée par l'épaississement de ses parois en un tube rigide, d'une grande résistance à la pression et qui s'étend depuis le méat jusqu'au cul-de-sac du bulbe.

M. du Castel avance qu'il est tout à fait exceptionnel que les chancres de l'urèthre, quelle que soit la profondeur du point dans lequel ils prennent naissance, ne viennent pas, à un moment donné, faire saillie au méat.

L'adénopathie bi-inguinale existe là, de même que dans les autres chancres syphilitiques; les ganglions ne dépassent guère le volume d'une noisette. C'est une adénopathie aphlegmasique, froide, indolente; elle est dure et polyganglionnaire. L'engorgement des ganglions moyens de l'aine se fait plutôt en dedans qu'en dehors des vaisseaux.

Signalons encore comme symptôme pouvant exister, la lymphangite dorsale de la verge, donnant la sensation d'un cordon induré.

Quant à la verge elle-même, chaude au pal-

pér, elle est loin de présenter toujours son aspect normal. Souvent œdématisée dans son ensemble, elle peut présenter, lorsque le gland est habituellement découvert, le jabot de Chassaignac.

L'augmentation de volume du gland peut être telle que le prépuce ne peut plus être ramené en arrière, d'où un phimosis, particulièrement favorable par la stagnation des produits de sécrétions, à la production d'une balano-posthite banale. C'est dans ces cas surtout que le chancre du méat risquera de passer inaperçu, si une palpation attentive ne vient pas faire découvrir l'induration caractéristique.

Nous n'insisterons pas sur la possibilité d'un paraphimosis, ulcéré ou non, avec tous les accidents qu'il peut entraîner à sa suite.

Les symptômes généraux sont peu marqués ; parfois il peut exister un certain degré de fièvre de l'anémie, mais ce n'est en général que plus tard, alors qu'apparaissent les lésions secondaires, que ces symptômes apparaissent.

Le chancre de l'urèthre a une évolution plus lente que les autres chancres syphilitiques ; la guérison est plus longue à venir, à cause de la présence de l'urine et du passage de cet écoulement blennorrhœide qui empêchent la cicatrisation de se produire.

On peut aussi observer dans le cours du chancre de l'urèthre, certaines complications que nous allons maintenant étudier.

COMPLICATIONS

L'importance physiologique des fonctions de l'urèthre, la facilité avec laquelle toutes les lésions quelles qu'elles soient amènent sa sténose, sa situation entre les corps caverneux, organes particulièrement vasculaires, tout concourt à rendre nombreuses, intéressantes, souvent graves, les complications du chancre de ce canal.

Aussi avons-nous voulu donner à ce chapitre toute l'importance qu'il mérite.

Parmi ces complications, il en est qui entraînent une déformation du méat, marquée par la rétraction d'une des lèvres correspondant au côté où siège le chancre.

Le *phagédénisme* de la surface chancreuse, entretenu par l'irritation de l'urine, n'est point rare. Certains glands, dit Julien, conservent comme traces visibles de cette complication un élargissement considérable du méat ou même une forme carrée, indice certain de la destruction de leur extrémité antérieure, primitivement arrondie.

On dirait une décapitation. Le phagédénisme peut être assez étendu ; « pour ronger » tout ou partie de la portion balanique de la verge : Albarran (*Semaine médicale*, octobre 1894) cite le cas d'un malade chez lequel, le chancre, à tendance phagédénique, franchit l'urèthre et rongea toute la portion balanique du canal : seul le traitement mixte put arrêter la marche de la lésion, que le mercure et les plus grands soins antiseptiques avaient été impuissants à enrayer. La guérison survint laissant le malade transformé en un hypospade dont l'urèthre s'ouvrait, à la base de ce qui restait du gland, par un orifice si étroit que l'on ne pouvait y introduire qu'une petite bougie à boule n° 6.

Cette observation nous amène à parler d'un symptôme sur lequel nous devons insister parce qu'il se présente fréquemment comme une complication plus ou moins rapprochée des chancres de l'urèthre : cette complication est le rétrécissement, conséquence du chancre infectant.

Ces *rétrécissements* surviennent dans deux conditions :

Le calibre du canal se trouve diminué par la tuméfaction et l'induration de l'urèthre, par la saillie que forme la néoplasie chancreuse ;

Ou bien les phénomènes de rétrécissement ne se montrent pas avant la cicatrisation du syphiloïme primitif : il s'agit alors d'une sténose cica-

tricielle n'ayant de syphilitique que l'origine, et due à la réparation des lésions du canal.

Dans le premier cas, les troubles de la miction sont plutôt peu marqués; la perte d'élasticité du canal, l'épaississement de ses parois ne donnent guère lieu à des symptômes inquiétants; il est exceptionnel que la rétention d'urine finisse par être complète comme chez un malade d'Albarra (1). Il s'agissait, il est vrai, d'un névropathe chez lequel la rétention était due surtout au spasme de l'urèthre, provoqué par la lésion chancreuse, mais le rétrécissement n'en existait pas moins, puisque le canal n'acceptait qu'une sonde conique n° 13.

Ces rétrécissements transitoires, contemporains de l'induration spécifique, disparaissent avec elle, lorsque rétrocede l'infiltration périchancreuse. Il n'en est pas de même en ce qui concerne les rétrécissements véritablement cicatriciels; leur développement est en général des plus rapides, ils se substituent immédiatement à l'ulcération chancreuse dont ils prennent la place.

Voillemier (1) traitant des rétrécissements cicatriciels, distingue ceux qui sont produits par la cicatrisation d'une ulcération syphilitique. Voici ce qu'il nous dit :

« Ces rétrécissements peuvent siéger plus ou

(1) *Semaine médicale*, Octobre 1894.

moins profondément dans l'urèthre, mais le plus souvent, ils occupent le méat urinaire ou la fosse naviculaire. Alors même qu'ils ne comprennent pas toute la circonférence du canal, ils en intéressent toujours une assez grande partie pour diminuer notablement son calibre. Comme, d'autre part, ils sont peu étendus, ils étranglent brusquement l'urèthre. Quand on divise celui-ci dans sa longueur, la cicatrice se présente sous la forme d'un petit triangle dont le sommet est saillant dans le canal, et dont la base se confond avec le tissu spongieux. Car c'est le propre de l'ulcération syphilitique de gagner les parties profondes, et l'altération n'est plus limitée, comme dans les rétrécissements résultant d'une ulcération vulgaire au tissu sous-muqueux,

Lorsque le malade n'est plus sous le coup de l'infection syphilitique, le rétrécissement est assez court. Son tissu est fibreux et présente tous les caractères des cicatrices. A son niveau, le tissu spongieux est dévié vers le centre du canal ; il est peu vasculaire, blanchâtre et participe à la cicatrice par ses couches les plus internes, mais dans une petite étendue. Il ne présente pas cette infiltration diffuse de lymphé plastique que l'on retrouve dans les rétrécissements inflammatoires

en forme de sablier. Aussi, en avant et en arrière de l'obstacle, l'urèthre reprend rapidement son calibre normal.

Sur le vivant, le rétrécissement paraît plus étendu, quand il existe en même temps une induration syphilitique des parties voisines. Au-dessous du gland, qui est lui-même de consistance lardacée, on sent l'urèthre, sous la forme d'un cordon dur, dans l'espace d'un centimètre ou deux, et l'on pourrait croire que le rétrécissement a la même longueur. L'exploration du canal avec une bougie à boule ne ferait que confirmer cette erreur, Mais, en réalité, l'obstacle est formé de deux éléments très distincts : l'un est permanent, c'est la cicatrice de l'ulcération ; l'autre, passager, c'est la matière infiltrée dans le tissu spongieux. Voillemier a étudié cette dernière avec soin ; M. Ranvier a bien voulu l'examiner de son côté, et elle a paru en tout semblable à la lymphe plastique récemment sécrétée. Cependant elle en diffère sensiblement. Soit parce qu'elle n'est pas susceptible d'organisation, soit parce que les tissus fibreux qu'elle imprègne ne sont pas enflammés, il ne se produit aucun phénomène de rétraction. Sous l'influence d'un traitement spécifique, la lymphe est résorbée, les parties reprennent leur souplesse, et il ne reste plus que le rétrécissement cicatriciel et limité décrit. »

Ces rétrécissements, comme les rétrécisse-

ments cicatriciels, sont rebelles à la dilatation ; comme eux ils présentent une dureté fibreuse caractéristique des sténoses cicatricielles, comme eux, ils peuvent être si serrés que l'uréthrotomie soit nécessaire pour rendre à l'urèthre son calibre normal.

V. Casoli (1) distingue plusieurs formes de rétrécissements du méat consécutifs à la guérison du chancre syphilitique :

1° Rétrécissement total : le calibre du méat est régulièrement rétréci, mais conserve sa forme normale ;

2° Rétrécissement limité à la moitié supérieure du méat, ce qui amène la disparition de l'angle supérieur ;

3° L'ouverture du méat rétréci peut devenir transversale et irrégulière ;

4° Rétrécissement au niveau de la fosse naviculaire, sans déformation du méat ;

5° Oblitération complète du méat : il se produit alors une nouvelle ouverture, soit plus bas que le méat normal, soit sur le côté du gland.

M. Humbert (2) signale aussi comme complications les fistules uréthro-péniennes.

Ces fistules, dit-il, se produisent généralement de bonne heure, dans les premières années, dans

(1) V. Casoli. — Loc. cit.

(2) Humbert. — Soc. de Dermat., Avril 1890.

les premiers mois de la syphilis, quelquefois à la suite de l'accident primitif.

Leurs différentes formes peuvent être ramenées à 4 variétés principales : fistules de la rainure balano-préputiale ; de la fosse naviculaire ; du corps du pénis ; destruction de toute la portion pénienne de l'urèthre.

La seconde variété est de beaucoup la plus fréquente. La paroi antérieure de la fosse naviculaire est perforée ; elle a disparu dans une partie ou dans la totalité de son étendue ; la perte de substance de l'urèthre peut même dépasser ses limites.

Les fistules diffèrent complètement de celles qui sont produites par les traumatismes, par les rétrécissements de l'urèthre, par la blennorrhagie. En effet, elles siègent presque toujours sur l'extrémité antérieure de l'urèthre pénien ; elles se forment de dehors en dedans ; elles s'accompagnent de mutilations de la verge, souvent considérables, qui ajoutent aux difficultés du traitement.

Enfin comme dernière complication, nous signalerons les urétrorrhagies. Cette complication est le plus souvent la résultante des manœuvres faites sur le canal par le malade. Se croyant en effet atteint de blennorrhagie, il se fait des injections dans le canal ; la seringue se trouve en contact avec le chancre, l'irrite et détermine une hémorrhagie. Dans d'autres circonstances, ainsi

que nous en publions un cas dans une de nos observations (observation III) le malade éprouve de la difficulté à uriner, il essaye de dilater son canal au moyen de bougies et cette manœuvre suffit pour déterminer une hémorrhagie.

Il faut donc avoir soin en présence de malades que l'on soupçonne atteints de chancres endo-uréthraux de leur recommander de ne se livrer à aucune manœuvre sur le canal.



DIAGNOSTIC

Le diagnostic, relativement facile lorsque le chancre siège au méat, revêt un caractère particulier de difficulté lorsqu'il est intra-urétral. C'est dans le second cas surtout qu'il donne lieu à des erreurs de diagnostic, d'autant plus regrettables que la syphilis méconnue, n'est pas traitée et est suivie, à l'insu du médecin et du malade, de ses plus graves accidents. C'est là avec le chancre de l'amygdale, un des chapitres les plus importants de ces syphilis ignorées, objet de tant de travaux, surtout en Angleterre.

I. — LE CHANCRE SIÈGE DU MÉAT

1^o) *Chancre mou.* — Dans ce cas, le chancre peut être confondu avec le chancre simple, en raison du plus ou moins d'induration qu'amène presque toujours l'irritation causée par l'urine.

Mais si l'on interroge le malade, on apprend tout d'abord que l'ulcération est venue très peu

de temps après le rapport contaminant ; de plus l'aspect de cette ulcération est tout différent de celui du chancre induré. Sa forme est en général circulaire ; ses bords sont sinueux et présentent à la loupe une série de petites dentelures. Le fond du chancre mou présente un aspect irrégulier et comme vermoulu, il est recouvert par une fausse membrane grisâtre, pultacée, d'aspect couenneux, sorte de détritüs ou de bouillie organique qui persiste pendant toute la durée de la période d'état.

Quant à la base, elle présente un caractère négatif d'une très grande valeur ; elle ne diffère pas de celle d'une plaie vulgaire. Elle est quelquefois dure, quand l'inflammation a déterminé un engorgement à sa périphérie ; mais cette dureté n'est pas l'induration ; entre la consistance chondroïde du syphilome et l'empâtement résistant qu'offre parfois le chancre simple, un doigt exercé saura toujours constater une différence. C'est là un des premiers signes qu'il faut rechercher ; mais souvent il faut compter avec les déformations artificielles, pathogénétiques, que les malades font subir à leur ulcère. L'irritation causée par les topiques transforme la surface du chancre au point de la rendre méconnaissable, et surtout la double d'une couche résistante plus ou moins épaisse. C'est ainsi que le chlorure de zinc, la potasse, les acides nitrique, sulfurique, mais surtout le chromate de potasse, le nitrate d'argent, le calomel

et le sublimé, déterminent de réelles indurations qui bien souvent en ont imposé aux praticiens les plus exercés.

Un des traits caractéristiques du chancre simple est de fournir une abondante suppuration. Au dire de Lée, ce fait seul suffirait à le distinguer du chancre infectant, sur la surface duquel, à moins d'irritation anormale, aucun globule purulent ne se serait jamais rencontré.

La douleur peut aussi être un élément de diagnostic. La douleur est plus vive dans les cas de chancre mou ; la miction et l'érection sont plus douloureuses que dans les cas de chancre induré.

Enfin il faudra encore interroger l'état des ganglions. Nous avons déjà parlé à propos des symptômes des caractères de l'adénite syphilitique. Quand il s'agit d'un chancre mou, il n'existe en général que de l'inflammation d'un seul ganglion. Ce ganglion est très tuméfié ; il est situé en général vers l'orifice externe du canal inguinal.

La peau qui le recouvre est plus ou moins rouge, et on peut sentir de la fluctuation, qui indique nettement que ce bubon est suppuré ou en voie de suppuration.

Ce sont donc là des caractères propres au chancre mou et que l'on ne retrouve pas généralement dans le chancre induré, à moins qu'il ne s'agisse d'un chancre mixte, lésion plutôt rare.

Toutes les fois que le diagnostic entre chancre mou et chancre induré n'est pas absolument certain — et le cas est assez fréquent — ou est autorisé, avec le consentement du malade, bien entendu, à pratiquer sur lui une inoculation. Nous n'avons pas à en décrire ici la technique, simple du reste.

Que nous donnera cette inoculation ? Rien ? C'est qu'alors il s'agit d'un chancre syphilitique ou de toute autre chose, mais en tout cas, pas d'un chancre mou. Voyons-nous se développer progressivement au point inoculé un chancre mou avec tous ses caractères, toujours plus nets dans le chancre expérimental ? Que pourrions-nous conclure ? Tout simplement qu'il existe dans la lésion initiale le bacille de Ducrey Unna, considéré aujourd'hui comme l'agent spécifique de la chancreuse.

Mais le résultat positif de l'inoculation ne permet nullement d'éliminer l'hypothèse d'une syphilis, car, comme nous l'avons dit plus haut, nous pourrions nous trouver en présence de cette lésion rare, le chancre mixte, due à l'inoculation et au développement en un même point du virus syphilitique et du bacille de Ducrey.

Peut-être sera-t-il possible un jour, grâce aux progrès incessants de la bactériologie, de distinguer sans avoir recours à la méthode en somme aveugle et un peu barbare de l'auto-inoculation,

du chancre syphilitique pur du chancre mixte et de la chancrelle.

2° *Herpès*.— L'ulcération de l'herpès se présente ici avec ses caractères habituels. Erosions superficielles, généralement multiples, à contours micro-polycycliques, laissant sourdre à la pression de très petites quantités de sérosité claire avec retentissement ganglionnaire, guérissant rapidement sans laisser de cicatrice par des soins de propreté.

La présence dans le voisinage de lésions moins avancées (vésicules perlées), plaidera en faveur de l'origine herpétique de l'ulcération, bien que la coïncidence possible de l'herpès et de la syphilis doive toujours être présente à l'esprit du clinicien.

L'inoculation de l'herpès faite sur le porteur, est absolument négative comme celle du chancre syphilitique. Elle ne pourra donc pas malheureusement venir en aide au médecin et ici, comme dans tous les cas embarrassants, force est d'attendre l'explosion des accidents secondaires qui, elle, constitue le seul signe de certitude.

3° Un *épithélioma* au début pourrait encore en imposer pour un chancre infectant ; l'expectation est ici le plus efficace des moyens de diagnostic ; on laissera aux accidents cutanés le temps de s

produire; néanmoins, il faudra se rappeler que la configuration de la néoplasie ne présente pas la régularité de celle du chancre, ni le même aspect vernissé, que l'adénopathie est longue à se montrer : au besoin, l'examen histologique des fragments sera pratiqué.

4° Nous signalerons la confusion possible avec des *plaques muqueuses enflammées*; ces plaques dans leur forme la plus caractéristique consistent en de petites érosions circulaires de la grandeur d'une lentille. Le fond est plat ou cupuliforme; souvent il ne se distingue des téguments voisins que par son aspect dépoli; d'autres fois, il est jaunâtre, présentant un fin piqueté. Les bords bien dessinés encadrent la petite dépression centrale d'un liseré argenté plus ou moins saillant.

Les antécédents du malade qui accusera un chancre antérieur, qui se sera aperçu en même temps que des plaques muqueuses d'une roséole généralisée, enfin son examen complet permettront de reconnaître que l'on se trouve en présence de plaques. On peut également constater sur la verge ou le prépuce la cicatrice d'un chancre antérieur.

II. LE CHANCRE est intra-urétral.

Ici les difficultés du diagnostic deviennent incomparablement plus grandes.

1^o *Blennorrhagie*. — L'écoulement, qui seul trahit aux yeux du malade l'existence d'une lésion uréthrale, est mis par certains d'entre eux sur le compte d'une uréthrite ancienne, « réchauffée » selon leur expression, ou même d'un « échauffement » récent, et les amène soit à ne pas se soigner du tout, soit à se soigner eux-même, soit encore à suivre les conseils qui d'un ami, qui du pharmacien du coin.

Il n'en est heureusement pas toujours ainsi et les malades viennent consulter un spécialiste, soit dès le début, soit, cas fréquent, après avoir assisté à l'échec des traitements qui étaient dirigés contre une soi-disant uréthrite et qui, facilement, devaient rester sans effet.

C'est, en effet, avec la blennorrhagie que le chancre syphilitique intra-urétral risque le plus d'être confondu.

L'erreur est-elle vraiment si facile à commettre? Non, et un examen attentif permet dans l'immense majorité des cas, de l'éviter.

Pour faire le diagnostic avec la blennorrhagie, on se rappellera que la sécrétion est en beaucoup plus grande abondance dans cette dernière affection; ce sont de grandes taches verdâtres et non pas ces petites taches jaune-verdâtres avec des stries de sang à la périphérie.

De plus, dans la blennorrhagie, la douleur est beaucoup plus intense pendant la miction, au

point que les malades la comparent à « des lames de rasoir ». Elle est encore plus marquée pendant l'érection, qui est très fréquente surtout pendant la nuit, favorisée qu'elle est par le débécitus horizontal qui amène la congestion des organes génitaux. Le siège de cette douleur qui s'étend à toute la verge et au périnée, feront immédiatement penser à la blennorrhagie.

Certaines blennorrhagies violentes s'accompagnent d'une induration inflammatoire qu'on devra distinguer de l'induration syphilitique.

L'épaississement des parois, dit M. Du Castel (Affections ulcéreuses des organes génitaux de l'homme) est beaucoup plus prononcé dans la vérole que dans la chaudepisse; la dureté plus accentuée, ligneuse au lieu d'être molle et oedémateuse.

Les limites avec les tissus environnants sont plus brusquement tranchées, plus abruptes, l'induration chancreuse se distinguant nettement de la consistance des tissus voisins normaux, ou peu s'en faut, tandis que l'épaississement inflammatoire de la blennorrhagie se termine par un oedème inflammatoire auquel succède d'une façon insensible, sans limites tranchées, la résistance des tissus normaux.

Le chancre larvé donne une sérosité visqueuse, facilement mélangée de sang, formant sur le linge des taches raides comme celles d'une solution de

gomme épaisse, de couleur grisâtre ou rougeâtre, suivant qu'elle est ou non teintée par le sang. L'écoulement du chancre mou endo-urétral est constitué par du pus mal lié, très souvent grumeleux.

L'endoscopie est à éviter à cause des réinoculations presque fatales sur d'autres points de la muqueuse. Lorsque le diagnostic aura besoin d'un critérium immédiat, on aura recours à l'inoculation du pus sécrété.

Si les caractères cliniques nous permettent déjà de distinguer la blennorrhagie du chancre intra-urétral, notre diagnostic sera encore confirmé par les données du microscope.

Si après les examens multiples et répétés à quelques jours d'intervalle, on ne parvient pas à découvrir le moindre gonocoque, on est en droit d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une blennorrhagie, auquel cas l'hypothèse d'une induration chancreuse devient infiniment probable et même certaine si la clinique la confirme.

Trouve-t-on, au contraire, le diplocoque de Neisser ? L'existence d'une blennorrhagie ne fait plus l'ombre d'un doute. Mais faut-il en conclure qu'elle est seule en cause ? Assurément non : la coexistence de la blennorrhagie et de la syphilis est trop fréquente pour qu'on puisse le faire. Nous relatons plus loin l'observation probante d'une eune malade, chez qui un chancre syphilitique

est venu se greffer sur un urèthre atteint depuis trois ans d'une blennorrhagie banale, confirmée par l'examen bactériologique.

La seule conclusion possible de l'examen de ces faits, c'est qu'il faut, en pareil cas, attendre l'explosion des accidents secondaires, lesquels ne sauraient tarder.

2° Infiltration tuberculeuse. — L'infiltration tuberculeuse de l'urèthre pénien est rarement observée; d'ailleurs il existe simultanément d'autres lésions de même nature dans la prostate, les épидидymes, le testicule, qui mettent sur la voie du diagnostic.

3° Gomme de l'urèthre. — Pour être complet dans notre diagnostic, il nous faut également parler de la *gomme de l'urèthre*. La gomme s'installe plus insidieusement, elle peut survenir à une époque plus éloignée du coït; le malade a déjà eu des accidents syphilitiques; le clinicien recherchera les cicatrices anciennes de vérole; il interrogera soigneusement le malade qui se rappellera avoir eu des taches sur la peau, indice d'une roséole, des plaques muqueuses dans la bouche ou à l'anus; en recherchant, on peut retrouver la présence d'une adénopathie inguinale ou cervicale.

PRONOSTIC

En tant que lésion initiale d'une syphilis, le chancre du méat ou de l'urèthre proprement dit comporte le même pronostic que tout autre chancre de même nature. Il n'y a pas de raison pour qu'une syphilis dont la porte d'entrée a été l'urèthre soit plus grave ou plus bénigne qu'une autre.

Mais en tant que lésion de l'urèthre, ce chancre présente un pronostic auquel il faut faire de sérieuses restrictions. Nous l'avons vu : ses complications sont nombreuses ; s'il évolue d'une façon normale, c'est le rétrécissement qu'il faudra craindre ; pour peu qu'il se complique de phagédénisme, et nous savons combien l'influence du terrain (diabète, alcoolisme, misère physiologique) est grande au point de vue du développement de cette complication, s'il survient, disons-nous, du phagédénisme, la destruction d'une portion du gland ou des corps caverneux est à redouter en même temps que les uréthrorrhagies

et les fistules diverses qui peuvent en être les conséquences immédiates ou éloignées. La difficulté avec laquelle s'arrête les hémorrhagies des corps spongieux et caverneux, assombrit encore le pronostic et l'aggrave, non seulement *quoad functionem*, mais encore *quoad vitam*.

Il n'est pas jusqu'à la facilité avec laquelle le chancre de l'urèthre peut passer inaperçu pour des observateurs superficiels, qui ne vienne donner à cette lésion une gravité pronostique spéciale, en privant les malades des bienfaits incontestables de la médication spécifique.



TRAITEMENT

Le traitement comporte ici deux indications : 1° guérir la lésion ; 2° traiter la maladie dont elle relève. La première seule mérite de nous arrêter, le traitement général étant celui de toute syphilis.

Moins qu'ailleurs encore il ne faut songer à l'*excision*. Outre que cette méthode n'a pas encore dans un seul cas enrayé l'éclosion des accidents secondaires, la situation de ce chancre sur l'urèthre, le voisinage immédiat des organes érectiles rendent toute intervention chirurgicale particulièrement dangereuse.

Pas plus que le bistouri, les caustiques ne doivent être employés.

La seule thérapeutique locale consistera en bains, en topiques, en onctions à la vaseline boriquée ou iodoformée, portées si possible au contact de l'ulcération.

Greenough (1) préconise l'emploi continu de coton imbibé de pommade mercurielle, ce qui diminue l'infiltration existante.

(1) *Greenough*, Primory syphilitic lesion of the meatus urinarius. Journ. of cut. and gen. urin. diseases. Juillet 89.

Pour éviter le rétrécissement cicatriciel qui suit la guérison du chancre, il est bon de joindre à ces moyens l'antisepsie régulière de l'ulcération. *Vincenzo Casoli* vante l'usage de l'*iodol*, mélangé ou non à parties égales de calomel ; mélange qui aurait une action surprenante sur l'induration de la base du chancre.

Le rétrécissement constitué il faudra à ses lésions banales de sclérose opposer le traitement ordinaire des sténoses uréthrales : dilatation progressive, uréthrotomie externe ou interne.

A l'uréthrotomie interne le prof. Magiocchi préfère lorsque la sténose est balanique, la méthode connue en Italie sous le nom de méthode de l'hypospadias artificiel : elle consiste à faire une incision du gland en dessous du rétrécissement en allant jusqu'à l'insertion du frein ; puis on suture les bords de la plaie.

Veale pense que le mercure et l'iode ne doivent pas être prescrits à l'intérieur tant qu'il existe une lésion du canal. Il craint l'action irritante de ces médicaments sur l'ulcération. Il préfère les frictions mercurielles au traitement interne. La plupart des médecins ne partagent pas cette manière de voir et ne craignent pas de soumettre au traitement ordinaire iodo-mercuriel les malades atteints de chancre syphilitique de l'urèthre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PUBLIÉE PAR M. L. FOURNIER.

Chancres uréthral indurés. — Mort subite. — Nécropsie.

F. C. ouvrier raffineur, âgé de 44 ans entre à l'hôpital du Midi (salle 3, lit 11, le 1^{er} juillet 1856); constitution assez robuste; tempérament nerveux; bonne santé habituelle.

Comme antécédents vénériens : blennorrhagie en 1853 guérie en quelques semaines. Depuis cette époque, deux autres blennorrhagies légères, guéries rapidement. Aucun accident consécutif. Jamais de chancres.

En juin 1856, quelques jours après un rapport avec une fille publique, apparition d'un nouvel écoulement uréthral. Cet écoulement au dire du malade fut toujours léger, peu abondant, il s'accompagna presque immédiatement d'une douleur assez vive dans l'extrémité de la verge.

Le malade se présenta à la consultation de l'hôpital St-Louis où on lui ordonna des capsules de copahu et des injections de sulfate de zinc. Il suivit quelques jours le traitement, mais sans amélioration. Les douleurs persistaient dans la miction; les injections étaient douloureuses.

Le 1^{er} juillet il vint à la consultation de l'hôpital du Midi et fut tout de suite admis dans les salles.

Etat actuel. — Il s'écoule de l'urèthre une sérosité puru-

lente mal liée, sanieuse, mêlée de stries sanguines et laissant sur la chemise des taches roussâtres. Cette sérosité devient sanguinolente lorsqu'on presse sur l'extrémité de la verge pour explorer les parties. L'écoulement du reste est peu abondant.

Ecartement très léger des deux lèvres du méat, maintenant l'orifice urétral un peu ouvert. Sensation de dureté au sommet du gland. Si l'on examine chacune des lèvres du méat séparément; on constate que la dureté est plus marquée sur la lèvre gauche et qu'elle se prolonge plus en arrière de ce côté vers la fosse naviculaire. A ce niveau, en exerçant une pression légère dans le sens vertical avec le pouce et l'index on perçoit la sensation d'une résistance toute spéciale; on dirait, au milieu de tissus légèrement résistants une feuille de parchemin placée de champ dans l'urèthre et accolée au côté gauche du canal. Cette sensation est très nette; elle diffère entièrement de la sensation d'empâtement inflammatoire que donne le méat; elle ne se retrouve pas sur le côté opposé du canal.

Adénopathie bi-inguinale à ganglions multiples, indurés, indolents; elle est très accusée dans les deux aînes. Lymphangite dorsale de la verge, indurée.

Inoculation avec le pus souillé qui sort de l'urèthre.

Résultat négatif.

Le diagnostic posé fut le suivant : chancre parcheminé de la fosse naviculaire. Bubon spécifique. Syphilis.

Traitement : 1 pilule de proto-iodure de 5 centigrammes. Bains généraux et locaux. Tisane amère. Injections émollientes.

10 juillet. Même état, l'induration persiste, l'écoulement est souillé; il devient sanglant par la plus légère pression

exercée sur l'urèthre, 2 pilules de proto-iodure. Vers la fin de juillet, un peu d'amélioration. Douleurs moins aiguës dans la miction, mais toujours limitées à un point dans l'urèthre.

Le 22. Diarrhée. Suppression des pilules.

Le 28. On reprend le traitement.

Dans les premiers jours d'août, un peu d'amélioration. Ecoulement moins abondant. Induration persistante.

10 août. Le malade s'est levé en parfaite santé. Le matin, il se prend de querelle avec un autre malade du service; accès de colère extrêmement violent à la suite duquel il meurt subitement.

Autopsie. — Tous les organes sont successivement étudiés avec le plus grand soin, aucune altération appréciable. Les centres nerveux surtout sont minutieusement explorés; absolument rien d'anormal; tout paraît à l'état sain.

Les gros vaisseaux du cou sont ouverts, rien; de même pour les artères cérébrales.

En un mot, aucune lésion qui explique la mort.

Urèthre. — L'urèthre est ouvert par une incision faite sur la face inférieure de la verge. Il est sain dans toute son étendue, sauf au niveau de la fosse naviculaire où l'on constate les lésions suivantes :

Au côté droit très légère ulcération superficielle de la largeur d'une demi-lentille, à fond rouge et lisse. Induration à peine appréciable.

Du côté gauche, ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes au moins se prolongeant dans le sillon inférieur de l'urèthre et vers le méat; cette ulcération est très nettement circonscrite, ses bords sont légèrement à pic et

son contour arrondi quoique un peu irrégulier, son fond est sur quelques points pseudo-membraneux, inégal, et grisâtre; sur d'autres, au contraire, égal, rosé et comme verni; on voit qu'à ce niveau le travail de réparation commençait à s'établir.

L'ulcération est encore assez creuse; un demi-millimètre de profondeur en moyenne.

La base des tissus ulcérés offre un type d'induration parcheminée.

L'examen microscopique vient donc confirmer ici le diagnostic porté pendant la vie : chancre de l'urèthre.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. Pélisse, int. à Ricord).

E. Mal., employé de commerce, âgé de 23 ans, entré à l'hôpital du Midi, le 9 mai (salle 1, lit n° 2) constitution assez robuste, tempérament nerveux, ni buveur, ni fumeur.

Bonne santé habituelle.

Comme antécédents vénériens : blennorrhagie à l'âge de 17 ans, à la suite de laquelle le malade a eu une orchite. Depuis l'écoulement a toujours persisté, pas de rétrécissement. Jamais de chancres.

15 jours environ avant d'entrer à l'hôpital, le malade remarqua au méat une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Cette ulcération fut très enflammée par l'écoulement blennorrhagique d'une part et des injections qu'on lui avait donné chez un pharmacien pour arrêter son écoulement. L'examen du pus qui s'échappait de

l'urèthre fut pratiqué et on y constata la présence de gonocoques.

Les lèvres du méat sont très écartées, l'ulcération siège surtout à la partie inférieure; elle présente les caractères ordinaires des ulcérations syphilitiques.

Adénite bi-inguinale.

Rien sur la peau ni sur les muqueuses.

On met le malade au traitement spécifique : 4 pilules de proto-iodure par jour.

15 mai. Amélioration sensible de l'ulcération.

20 mai. L'ulcération a disparu; il reste à la place une cicatrice qui entame un peu la partie inférieure du canal mais qui tend à se combler et ne gêne nullement le malade.

Il a encore de la douleur en urinant, mais étant donné que son écoulement blennorrhagique persiste encore malgré les 10 capsules de santal qu'il prend actuellement, on peut attribuer cette douleur à la blennorrhagie.

3 juin. En revoyant le malade ce matin, on remarque qu'il présente une roséole étendue sur tout le tronc et l'abdomen. Il existe également des taches roséoliques en arrière sur le dos.

Pas d'adénite cervicale ni de plaques muqueuses.

17 juin. La roséole existe toujours; quant au chancre il a parfaitement guéri, sans fistule ni rétrécissement.

OBSERVATION III

(Observation prise par M. Pelisse, chirurgien des hôpitaux.)

Chancre uréthral induré.

Burgard B..., ouvrier ébéniste, âgé de 39 ans, entre à l'hôpital du Midi (salle 4, lit n° 5, le 2 juin 1898).

Constitution robuste, tempérament nerveux, pas alcoolique, mais très fumeur.

A eu un érysipèle de la face en 93 et un autre en 94.

Comme antécédents vénériens : blennorrhagie à 21 ans, guérie au bout de 2 mois. Depuis cette époque aucun accident vénérien. Jamais de chancres. Phimosis très étroit.

Avant de venir à Paris, le malade travaillait dans le département de la Loire à la menuiserie, il était marié et père d'un petit garçon de 3 ans 1/2 bien portant.

Il laissa sa femme et son enfant dans la Loire et vint à Paris au commencement de mars 1898; il était bon ouvrier et pour gagner plus d'argent il était venu se fixer à Paris.

Il fit d'abord la connaissance d'une jeune femme vers la fin de mars, puis d'une autre vers la fin d'avril. Ce fut vers le 15 mai que le malade s'aperçut de son mal. Il prétend que la femme avec laquelle il eut un rapport était très étroite et qu'il s'écorcha.

Le mal débuta par une douleur assez vive vers l'extrémité de la verge; cette douleur était plus vive au moment de la miction et de l'érection; le malade eut même de la difficulté à uriner et alla consulter un pharmacien qui lui conseilla de se dilater le canal avec une bougie n° 4 et de faire des injections avec du vin aromatique.

Il sortit alors un écoulement peu abondant, de couleur jaunâtre avec quelques stries de sang; en même temps difficulté plus grande pour uriner, si bien que le malade se décida à aller le 1^{er} juin à la consultation de l'hôpital Necker.

On lui dit qu'il avait un abcès uréthral et un chancre induré endo-uréthral et on l'envoya à l'hôpital Ricord où il fut admis le 2 juin.

2 juin. A ce moment la douleur était très vive, le malade pouvait à peine marcher et en même temps accusait une difficulté assez grande pour uriner. le soir même il eut un écoulement assez abondant de sang.

Puis dans la nuit voulant retourner aux cabinets pour uriner il eut une hémorrhagie très abondante (le malade évalue la quantité à 1/2 litre) et on fut obligé de le porter dans son lit.

Le lendemain matin, le malade éprouva une violente envie d'uriner, qu'il lui fut impossible de satisfaire. L'interne de garde, fit une injection tiède dans son urèthre pour le débarrasser des caillots, puis passa une sonde n° 10 ; le cathétérisme suffit à désagréger les caillots ou à vaincre le spasme et le malade put uriner. Puis comme l'uréthrorrhagie se reproduisait, il fit un pansement compressif de la verge.

A la visite, nous fîmes défaire le pansement, et constatâmes l'état suivant :

Le gland est absolument recouvert par un prépuce allongé et œdématié. Le pénis est tuméfié et très volumineux. L'ouverture préputiale est recouverte de caillots; après un premier nettoyage, nous constatons un phimosis très serré. C'est à peine si en faisant décalotter le malade, on peut apercevoir l'ouverture de l'urèthre. Le méat est tuméfié, rouge, excorié. Obturé par des caillots qu'il a fallu préalablement enlever.

Nous pratiquons le débridement du prépuce sur sa face supérieure, et mettons le gland à découvert; nous constatons alors les deux particularités suivantes : Le méat est ulcéré sur sa face inférieure et latérale droite ; mais l'ulcération s'étend certainement plus en arrière dans l'urèthre,

car, toute la portion balanique de l'urèthre est indurée.

De plus, lorsque l'on presse sur un point quelconque des corps caverneux à demi-turgides, on fait couler du sang en abondance par le méat.

La couronne du gland dans sa partie droite est le siège, d'une perte de substance de 1 centimètre $1/2$ à 2 centimètres de longueur. Elle est linéaire, à bords mâchonnés, contus, comme s'il y avait eu là, moins une ulcération, qu'un éclatement du gland. Quand on saisit la couronne du gland entre deux doigts que l'on rapproche, l'ulcération longitudinale perd sa forme linéaire ; elle s'élargit et l'on découvre ainsi une perforation de $1/2$ centimètre de diamètre. Le stylet introduit par cette ouverture pénètre aisément en plein corps caverneux.

Nous n'essayons même pas de rechercher si ce stylet peut ressortir par l'urèthre au niveau de l'ulcération présumée de peur d'agrandir une ouverture déjà trop large.

Toutes ces manœuvres s'accompagnent d'hémorrhagie uréthrale, mais surtout d'hémorrhagie balanique ; à chaque instant, il faut éponger le sang qui s'écoule par cette dernière perte de substance.

— Ajoutons pour compléter notre examen, que le malade a une pléiade ganglionnaire dans l'aîne droite et une roséole très étendue.

On pouvait dès lors reconstituer la filiation des accidents.

Le malade avait un chancre syphilitique, non pas au méat seulement, mais de l'urèthre balanique. Ce chancre était bien syphilitique, l'induration qui l'accompagnait, la pléiade ganglionnaire et la roséole étaient trois preuves indiscutables.

Cette ulcération intéressait non seulement la muqueuse, mais toute la paroi uréthrale, et avait trépané le corps caverneux. L'uréthrorrhagie et la rétention d'urine en furent la conséquence. Mais comment expliquer la perte de substance du gland ?

Une seule hypothèse pouvait se soutenir. C'est que le malade avait infecté le corps caverneux, qui s'était gangrené.

L'écoulement de pus par la plaie balanique, et les écheveaux de tissu sphacélé que l'on retira pendant trois jours plaidaient en faveur de cette hypothèse. Donc chancre uréthral, abcès gangréneux intra balanique, hémorrhagie consécutive du corps caverneux, perforation spontanée de l'urètre et de la couronne du gland, telle était l'évolution des accidents graves qui s'étaient déroulés chez notre malade.

Le *traitement local* fut le suivant : Après débridement du prépuce on introduisit par la plaie balanique quelques mèches de gaze iodoformée, et on retreignit l'ouverture par deux points de suture placés à chacun des angles.

L'hémorrhagie se reproduisit le lendemain par la plaie balanique et par le méat, mais elle fut très peu grave. L'écoulement purulent était encore abondant, le pansement fut renouvelé.

Le 3^e jour, en enlevant le pansement, on amena des lambeaux sphacelés.

Les jours suivants, même pansement.

Le *traitement général* consista entre quatre pilules de protoiodure, de 3 centigrammes par jour. Sirop d'iodure de fer.

6 juin. Le malade n'a plus d'uréthrorrhagie, la rétention d'urine n'est pas reproduite.

16 juin. Les plaies se cicatrisent, le chancre tend à dis-

paraître, mais le malade se plaint de fièvre. En l'interrogeant, il nous dit qu'à l'âge de 14 ans, il a eu des fièvres de marais, on lui donne du sulfate de quinine. Le lendemain et le surlendemain, il a encore un accès de fièvre à la même heure.

20 juin. Les accès de fièvre ont cessé; le malade va beaucoup mieux; il n'éprouve pas la moindre douleur en urinant.

OBSERVATION IV.

(Recueillie dans le service du D^r Queyrat par M. Kendirdjy, interne du service)

Le nommé Georges A... se présente à la consultation du D^r Queyrat, à l'hôpital du Midi, le samedi 2 avril 1898. Il était porteur d'un écoulement urétral qui durait depuis bientôt trois ans avec des alternatives nombreuses d'amélioration et d'aggravation, et qui, dans ces derniers temps, avait subi une recrudescence que le malade ne pouvait s'expliquer.

C'est un jeune homme bien portant, âgé de vingt ans, sans aucune tare héréditaire ni personnelle. Il raconte qu'il a des rapports avec des femmes depuis l'âge de 17 ans; mais que bien avant son premier rapport, à une époque où il travaillait dans la Pologne Autrichienne, il avait presque journellement un léger écoulement qu'un médecin du pays avait pris pour une goutte militaire, mais qui nous paraît avoir été purement et simplement des pertes séminales.

Après un examen attentif, M. le docteur Queyrat con-

clut à une blennorrhagie et prescrit au malade le traitement du début qu'il lui conseille de suivre pendant une quinzaine de jours à cause de la chronicité de l'écoulement.

Une goutte du pus urétral, examinée le lendemain, montre de belles colonnies de gonocoques. Il n'y avait donc pas de doute sur la nature gonococcique de l'écoulement.

Environ trois semaines après, vers le 23 avril, le malade qu'on avait pas encore revu, revint avec une orchite droite pour laquelle il est admis. Il passe près de 20 jours à l'hôpital qu'il quitte vers le 15 mai, complètement guéri, avec un gros noyau à la queue de l'épididymé.

Durant le séjour du malade à l'hôpital, la palpation avait permis à M. Queyrat de percevoir au milieu de la fosse naviculaire un noyau très dur, de consistance presque cartilagineuse, ne rappelant en rien l'induration en masse que provoque parfois une phlegmasie, violente du canal. Ce noyau éveille l'idée d'un chancre syphilitique intra-urétral. D'une part, l'écoulement avait beaucoup diminué : non seulement il était moins abondant, mais sa coloration et sa consistance s'étaient modifiées : c'était un écoulement saniemieux empesant fortement la chemise. De plus il était sanguinolent et il y avait tout lieu d'attribuer ce caractère au sang qui provenait de l'ulcération chancreuse. D'autre part, il y avait dans les deux aines et particulièrement dans l'aine droite des bubons ayant à peu près tous les caractères des bubons satellites du chancre induré.

Tout cela rendait fort probable l'hypothèse d'un chancre intra-urétral.

Le malade quitte donc l'hôpital. On lui recommande de revenir à la consultation au bout de quelque temps. Il y revient le 1^{er} juin. L'hésitation n'était plus possible. Les ca-

ractères des adénopathies inguinales s'étaient affermies. Sur tout le corps et particulièrement sur le tronc se dessinait une belle roséole composée de syphilides maculeuses et maculo-papuleuses. Des plaques muqueuses étaient apparues sur les deux amygdales et sur la luette.

Bref le diagnostic de syphilis s'imposait et force était de reconnaître à l'induration uréthrale le caractère chancreux que l'on avait parfaitement soupçonné et qui, grâce à l'explosion des accidents secondaires, ne faisait plus l'ombre d'un doute.

Le malade est mis au traitement spécifique (1 pilule de protoiodure par jour).

Nous l'avons revu le 25 juin. Le noyau uréthral était encore perceptible. La roséole avait presque totalement disparu, excepté sur les membres supérieurs où l'on voyait de ci de là quelques syphilides. Les plaques muqueuses de la gorge existaient encore.

La blennorrhagie était très probablement guérie car l'examen de l'écoulement qui persistait toujours montrait toujours la disparition complète des gonocoques.

OBSERVATION V

(Observ. recueillie par M. Bisch, interne des hôpitaux)
Service du docteur Renaud.

Le nommé Her..., Emile, âgé de 23 ans, sellier, se présente le 24 janvier 1898 à la consultation de M. le docteur Alex. Renault, à l'hôpital Ricord. Il souffre, dit-il, d'un écoulement depuis trois semaines, écoulement pour lequel il est allé consulter un pharmacien et a pris des capsules de

santal. Le gland est tuméfié, recouvert dans le voisinage du méat, de petites croutelles jaunes; le prépuce, rattaché en arrière du gland, présente un volumineux jabot de Chas-saignac. Par l'urèthre s'écoule une très petite quantité de pus jaunâtre, faisant sur la chemise des petites taches empesées, avec une collerette roussâtre; çà et là, quelques taches de sang plus ou moins mélangé de pus. A première vue, cet écoulement ne rappelle que de très loin celui d'une blennorrhagie datant de 3 semaines.

La palpation du canal permet de sentir, à un centimètre du méat, une induration de la grosseur d'un pois.

A gauche, adénite volumineuse, très dure : pas de pleïade, mais une masse de ganglions cohérents.

Roséole en pleine activité dont les éléments se transforment en syphilides papulo-squammeuses surtout abondantes sur le tronc.

Il est admis salle 12, lit n° 24.

Le 25 janvier. L'examen du pus ne recèle pas trace de gonocoques. Donc pas de coexistence de la blennorrhagie et de la syphilis; mais le diagnostic du chancre de l'urèthre n'est pas douteux.

Pas d'albumine dans l'urine.

Traitement. — Deux pilules de 0,05 de protoïodure par jour, deux cuillerées à bouche de sirop d'iodure de fer.

Le 14 février. Le malade sort de l'hôpital considérablement amélioré. Le chancre intra-urétral est guéri, l'éruption a presque entièrement disparu.

OBSERVATION VI

(Observ. recueillie par M. Bisch, interne des hôpitaux)
Service du docteur Renault.

Le nommé Tran... Julien, âgé de 26 ans, ajusteur, entre le 15 mars 1898 dans le service de M. le docteur Alex. Renault à l'hôpital Ricord. Comme antécédents vénériens : une blennorrhagie il y a 5 ans, guérie complètement depuis 2 ans.

Phimosis très serré, empêchant complètement à l'état normal de découvrir le gland.

Par l'orifice étroite du prépuce s'écoule une très petite quantité de pus roussâtre. Peu de douleurs en urinant.

Sous le prépuce, on sent le gland tuméfié : près du méat, une induration insolite.

Adénite bi-inguinale, en pléiade dure.

Roséole discrète.

Syphilides polymorphes sur le tronc.

Pas de plaques ni à l'anus, ni dans la bouche.

Le début des accidents remonte à un mois et demi ; mais le malade n'y a pas pris garde, croyant à un retour de son ancienne chaude-pisse.

Il est admis salle 9, lit n° 7.

Bien que le diagnostic de chancre syphilitique du méat fut à peu près certain, d'une part on pratique un examen bactériologique du pus, examen qui fut négatif, et d'autre part on débrida le prépuce par une incision dorsale. On peut alors voir une ulcération siégeant sur une des lèvres du méat, empiétant vers la fosse naviculaire, indurée à sa base.

Le malade fut mis au traitement par le protoïodure. Mais 15 jours après, il sortit, non guéri, sur sa demande expresse. Son chancre, pansé avec de la vaseline au calomel n'était pas cicatrisé.

OBSERVATION VII

(Observ. recueillie par M. Bisch, interne des hôpitaux)

Bau... Charles, âgé de 21 ans, journalier, entre le 15 avril dans le service de M. le docteur Alex. Renault à l'hôpital Ricord.

Pas d'antécédents vénériens.

Depuis huit jours le malade a un écoulement léger par la verge. Mais comme il a un phimosis très serré, il ne sait si le pus qui s'écoule provient de son canal ou de son gland.

Peu de douleurs à la miction.

Pus légèrement mélangé de sang.

Au palper, on sent une induration du gland, au niveau du frein.

Adénite bi-inguinale, surtout marquée à gauche.

Diagnostic : chancre syphilitique probable du méat.

Traitement. — Injections entre le prépuce et le gland avec une solution faible de permanganate de potasse. Trois jours après on débride son prépuce par une incision dorsale. Le gland est indemne, mais en écartant les lèvres du méat, on aperçoit une ulcération située à quelques millimètres des lèvres. L'induration occupe, ainsi que l'ulcération la paroi

inférieure du canal. Le diagnostic de chancre syphilitique s'impose.

Il est confirmé le 30 avril par l'apparition d'une roséole.

Le malade est encore en traitement à l'hôpital Ricord.

CONCLUSIONS

I. — Il existe deux sortes de chancres syphilitiques de l'urèthre : le chancre du méat et le chancre intra-urétral.

II. — Ils sont relativement rares, peut-être parce qu'ils passent souvent inaperçus.

III. — Le symptôme dominant est l'écoulement, d'où la confusion possible avec la blennorrhagie.

IV. — Le diagnostic est basé sur l'examen clinique, l'examen bactériologique et surtout sur l'explosion des accidents secondaires.

V. — Le pronostic est grave en tant que lésion syphilitique, plus grave encore en tant que lésion de l'urèthre (rétrécissements, uréthrorrhagies incoercibles, fistules).

VI. — Le traitement comporte deux indications.

Il faut : 1^o traiter la syphilis ;

2^o traiter la lésion et prévenir les complications.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Semaine médicale, octobre 1894.

ASTRUC. — Tome III, p. 361. Paris, 1740.

BASSEREAU. — Traité des affections de la peau, symptomatiques de la syphilis (1852).

V. CASOLI. — Il sifiloma del meato dell' urethra machile e le sue conseguenze tardive per la stenosi del medesimo.

DU CASTEL. — Affections ulcéreuses des organes génitaux de l'homme.

FAITOUT. — Revue générale : La syphilis de l'urèthre. (Gazette des Hôpitaux, 1897, n° 107.)

FOURNIER. — Traité de la syphilis, 1898. Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme, 1873. Leçons sur la syphilis, 1881.

GREENOUGH. — Primary syphilitic lesions of the meatus urinarius. (Journal of cut. and gen. urin. diseases, juillet 1889.

HUMBERT. — Soc. de Dermatologie (11 avril 1890).

HUTCHINSON. — La syphilis, 1887.

JULIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes.

LEDERMANN. — Compte-rendu de la Société de Dermatologie de Berlin, juin 1895.

LEE. — St-Georges hosp. Report, 1871-72.

LEWIN. — Société de Dermatologie de Berlin. Séance du 5 déc. 1893.

RICORD. — Lettres sur la syphilis, 1851. Traité complet des maladies vénériennes, p. 572.

ROLLET. — Article du Dictionnaire Dechambre (Chancre syphilitique),

VOILLEMIER. — Maladies des voies urinaires, 1868, p. 111.

Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

